18

18

EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr MARROTTE

Médecin de la Pitié, membre de la Société médicale des hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie royale de Belgique,

CANDIDAT A LA PLACE VACANTE DANS LA SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1866

I. — CONCOURS. — NOMINATIONS

1829. Externe des hôpitaux civils (1[re] série).

1830. Interne des hôpitaux, placé le second sur la liste.

1832. Premier prix de l'École pratique (médaille d'or, réception gratuite et livres).

1833. Concours pour une place d'aide d'anatomie.

1838. Concours pour l'agrégation en médecine.

1842. Médecin du bureau central des hôpitaux civils.

1844. Concours pour l'agrégation en médecine.

1846. Médecin de l'hôpital de Lourcine.

1849. Médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe).

1853. Médecin de l'hôpital de la Pitié.

1849 et 1854. Médailles données par le ministre de l'agriculture et du commerce pour le choléra.

1865. Nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

II. — ENSEIGNEMENT

Répétiteur des cours d'anatomie de M. Jobert (de Lamballe), alors prosecteur de la Faculté, pendant trois ans.

1846 et 1847. Cours libre de thérapeutique.

1857, 1858, 1859, 1860. Conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié.

III. — PUBLICATIONS

1. *Étude sur l'inanition, ou effets de l'abstinence prolongée dans les maladies aiguës.*

(*Bulletin de thérapeutique*, 1854.)

Malgré les expériences des physiologistes modernes, de Chossat, en particulier, sur les effets de l'abstinence prolongée chez les animaux, malgré les observations faites sur l'homme, en dehors de l'état de maladie, la plupart des médecins en étaient encore, comme au temps de Lory, à croire impossible de donner une marque sûre à laquelle on pût reconnaître que l'abstinence était poussée assez loin, dans le cours des maladies aiguës. En 1832 (*Dictionnaire* en 30 volumes, article Abstinence), M. Rostan plaçait ce point de pratique médicale au rang des plus délicats et des plus difficiles à juger, et ajoutait qu'on ne peut souvent saisir qu'en tâtonnant, le moment où l'on doit recommencer à nourrir son malade.

La difficulté ne tenait pas à ce que les symptômes de l'inanition changent, quant au fond, de forme et de nature, dans l'état de maladie; mais à ce qu'ils se trouvent mêlés à des symptômes étrangers : les uns appartenant à la maladie, les autres aux agents thérapeutiques, qui en obscurcissent la signification; à ce qu'ils subissent, sous cette double influence, des modifications relatives à leur apparition et à leur prédominance, qui lui ont fait prendre pour des complications morbides, le vomissement, le délire, par exemple. — Enfin, à ce que le médecin ne

peut pas attendre, pour alimenter un malade, que les effets de l'abstinence sautent aux yeux des moins clairvoyants. Et encore, dans certaines maladies telles que la fièvre typhoïde, l'adynamie famélique, a-t-elle été confondue plus d'une fois avec l'adynamie morbide. J'ai cherché à combler cette lacune.

Le premier symptôme sur lequel j'ai insisté est la faim, la faim véritable manifestation instinctive du besoin de réparation, en maladie comme en santé. J'ai indiqué les exceptions à cette règle générale et j'ai donné les moyens de les reconnaître en en signalant les causes, telles que le peu d'intensité du besoin de manger qui exige souvent le contact des aliments pour se manifester, une dyspepsie antérieure, les enduits de la langue et quelquefois même un véritable embarras gastrique.

Passant ensuite en revue les différents symptômes de l'inanitiation, j'étudie les modifications qu'ils peuvent subir par le fait de la maladie et du traitement. Les pesées destinées à apprécier la perte de poids du corps, sont un moyen de laboratoire que le volume de l'homme et le danger du déplacement rendent inapplicables en clinique. Nous manquons d'ailleurs souvent de l'étalon convenable, puisque les malades, ceux des hôpitaux surtout, sont souvent dans un état d'inanitiation relative, lorsqu'ils sont soumis à notre observation. Aussi, en clinique, la destruction des chairs musculaires est-elle d'une bien plus haute valeur. L'amaigrissement présente ceci de particulier chez les malades, qu'il n'est pas toujours régulièrement progressif comme chez les animaux ; mais qu'il se manifeste quelquefois d'une manière notable en quelques jours, lors même que la maladie n'est pas arrivée à son terme.

Puis viennent la diminution de la chaleur animale, de la respiration et de la circulation. Ici encore la diminution n'est pas toujours progressive comme dans les expériences. Le mouvement fébrile lutte quelque temps avec avantage contre ces effets de l'inanitiation, des pertes sanguines et humorales en spoliant les liquides ; l'anémie marche plus vite que l'inanition du reste du système et remplace la rareté famélique du pouls par son accélération. Du reste, au moment de la convalescence comme dans

le cours de maladies, la dépression marquée et souvent même assez brusque des trois fonctions indiquées est un signe précieux.

Mais cette règle générale comporte des exceptions : lorsque l'alimentation n'est plus nulle, mais seulement insuffisante, l'organisme semble tenter un effort pour ressaisir la vie, et il se développe une sorte de mouvement fébrile, de quelques heures à un ou deux jours, après lequel les phénomènes de prostration récupèrent le terrain qu'ils avaient perdu. On peut alors attribuer à une alimentation prématurée les effets d'une alimentation insuffisante.

La diminution des sécrétions est un résultat de l'inanition en maladie comme en santé, mais au lieu de se manifester au début des maladies et d'être proportionnée à l'intensité de la fièvre, comme la diminution des sécrétions symptomatiques, celle que produit l'inanition est tardive et coïncide avec la diminution du mouvement fébrile. Mais dans certains cas, il semble que la maladie se plaise à obscurcir le diagnostic de l'inanition ; car des flux colliquatifs ayant pour siége le plus habituel les voies digestives et les maladies dont la diarrhée est le symptôme, simulent quelquefois des flux pathologiques.

Parmi les signes les plus importants de l'inanition figure le muguet ; c'est pour avoir méconnu son importance que Valleix a décrit avec trop de vérité, mais avec une ignorance complète de sa signification, l'état morbide qu'il a désigné sous le nom d'*érythème des nouveau-nés*, propageant ainsi une erreur funeste qui en attribuait tous les symptômes à une gastro-entérite.

Des modifications apportées par l'abstinence aux symptômes digestifs, la plus remarquable est la soif : nulle chez les animaux auxquels on laisse de l'eau, elle se manifeste, en général, chez les malades, avec cette particularité toutefois qu'elle est tardive et coïncide avec la disparition de la fièvre.

Le vomissement joue un rôle important, chez l'homme malade pour le diagnostic de l'inanition ; fréquent chez lui, il manque dans les expériences. Je ne suis pas le premier à l'avoir signalé ; Hoffmann, Piorry, en ont parlé ; mais j'ai attiré l'attention sur les circonstances accessoires qui

le provoquent ; savoir, une prédisposition naturelle ou acquise, et surtout l'ingestion intempestive d'une grande quantité de boissons non alimentaires, destinées à satisfaire la soif, aussi leur apparition tardive est-elle un signe précieux. J'ai insisté sur ce fait qu'ils pouvaient être provoqués par l'ingestion même des aliments, et cela d'autant plus facilement que ces aliments sont plus liquides et moins réparateurs, tandis qu'ils sont calmés par une nourriture solide et substantielle. J'ai démontré enfin, qu'en dehors de la grossesse, l'inanition était la cause presque unique des vomissements dit incoercibles. J'ai fait plus, j'ai prouvé que les symptômes de gastro-entérite qui succédaient à l'abstinence prolongée, ne guérissaient que par un emploi méthodique du régime (adynamie famélique).

Je n'insisterai pas sur les rêvasseries, le délire symptomatique de l'inanition, mais sur cet ensemble de symptômes que j'ai vu confondre, que j'ai confondu moi-même avec l'adynamie, que l'on traitait par le quinquina lorsque l'alimentation en était le seul remède.

On pardonnera, je l'espère, cette analyse trop longue, quoique encore incomplète, d'un mémoire qui m'a valu des approbations flatteuses au moment de son apparition, mais qui a été regardé comme un progrès sérieux dans la diététique des maladies, puisque en établissant le diagnostic de l'inanition, en signalant les circonstances qui pouvaient en obscurcir les symptômes, il a permis à tout médecin attentif de diriger le régime avec assurance là où les maîtres seuls étaient guidés par l'intuition et l'expérience instinctive.

2. *Du régime dans les maladies aiguës.*

(Publié en 1859 dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique.*)

Mémoire étendu qui m'a valu l'honneur d'être admis au nombre des membres correspondants étrangers de l'Académie royale de Belgique.

Le mémoire *sur l'inanition* était extrait de leçons faites à la Pitié *sur*

le régime des maladies aiguës. son esprit et sa portée ayant été mal interprétés, un certain nombre de personnes ayant pensé que, poussé par un esprit systématique, je conseillais de nourrir les malades sans distinction et sans règle, je résolus de publier l'ensemble de mes leçons, afin de lui rendre sa véritable portée.

En traitant du régime dans les maladies aiguës, je n'ai pas eu la pensée de tout innover; mais de disposer dans un ordre plus méthodique les principes acquis à la science et de les compléter à certains égards.

Aujourd'hui, comme à l'époque hippocratique, la thérapeutique présente deux branches distinctes qui se rattachent, la première à l'administration des médicaments proprement dits, et s'adresse à la maladie dont elle tire ses indications; la seconde, à la prescription du régime, et prend sa règle dans l'observation du corps lui-même, dont il faut peser les ressources et auquel il faut faire sa part; car si le régime exerce une action favorable sur la marche des maladies, ce n'est pas par des propriétés spéciales en rapport avec la nature spéciale des maladies, c'est en s'adressant aux forces vives et saines de l'organisme.

Pour diriger le régime des maladies aiguës, et en déterminer les indications, il faut en étudier les sources comme pour les autres indications.

J'avais d'abord à passer en revue les connaissances que l'hygiène possède sur les aliments. Le médecin y trouve ce que j'appellerais volontiers la matière médicale et la pharmacologie des modificateurs bromatologiques; mais il lui importe surtout d'en connaître l'action physiologique, soit sur le tube digestif, soit sur l'organisme entier, afin d'en approprier la nature et la dose aux conditions nouvelles créées par l'état de maladie, sa puissance nutritive, c'est-à-dire thérapeutique pouvant être contrariee ou détruite par ses effets physiologiques.

La digestibilité des aliments, leur masse, leur état solide ou liquide doivent être sans contredit pris en considération. C'est ainsi que, règle générale, les aliments liquides sont préférables pendant les périodes d'augment d'état et à l'approche des crises. Mais c'est leur action physiologique sur le tube digestif et sur l'organisme qui doivent être surtout prises en

considération. Aussi ai-je successivement étudié le régime végétal, le régime animal et ses variétés : diète lactée, régime gras, régime blanc et régime noir.

Les boissons aqueuses, fermentées, alcooliques et aromatiques, sont aussi l'objet d'un examen approfondi ainsi que les condiments.

Après les indications tirées de l'aliment, viennent celles que fournit le malade et relatives à l'âge, au sexe, à la constitution, au tempérament, aux habitudes, au milieu, aux états morbides antérieurs ou concomitants, et dans chacun de ces chapitres, j'insiste sur les particularités les plus importantes. Telle est la nécessité d'accorder le sein aux enfants à la mamelle, pendant tout le cours de leurs maladies aiguës, même dans celles du tube digestif qui sont plus souvent des flux que des inflammations. Telle aussi la supériorité du lait de la nourrice sur toute autre alimentation, fût-elle supportée auparavant.

La nécessité de nourrir plus tôt et plus abondamment s'applique à la vieillesse, surtout à la vieillesse avancée.

Contrairement à l'opinion la plus générale, les femmes supportent moins la diète que les hommes. Leur faiblesse autant que la fréquence de la dyspepsie expliquent cette particularité. Chez elles aussi les repas doivent être plus fréquents que copieux. Toutes choses égales d'ailleurs, la femme qui est enceinte ou nourrice sera moins rigoureusement ou moins longtemps privée d'aliments que dans des conditions opposées.

L'examen de la constitution, c'est-à-dire la faculté plus ou moins puissante de persévérer dans la vie, au milieu de toutes les causes qui tendent à la troubler et à l'anéantir, mérite considération dans l'emploi du régime. C'est ainsi qu'on voit des athlètes habitués à des repas copieux, éprouver ce que Lorry appelait l'abstinence relative, s'ils sont soumis à la diète complète. Ici trouve naturellement sa place l'influence de la race : un Russe est mis à la diète avec une ration de pain, de viande et d'eau-de-vie qui tuerait un Italien.

Règle générale, l'alimentation est d'autant plus inoffensive, d'autant

plus nécessaire même en maladie comme en santé, que la vie plastique est plus énergique et que ses actes s'exercent en silence, sans éveiller d'excitation directe et sympathique.

Une influence importante vient modifier encore les indications du régime, ce sont les états morbides antérieurs ou concomitants. Comment soumettre à une diète aussi rigoureuse que les individus sains, robustes et placés dans de bonnes conditions hygiéniques, ceux qui habitent un foyer d'infection, les femmes enceintes, les militaires dans les hôpitaux où règnent la fièvre puerpérale et le typhus, ceux dont le sang est altéré par le scorbut et l'anémie. Les diathèses, les constitutions médicales, en créant des états diathésiques passagers, modifient le régime selon les caractères d'irritabilité et d'énergie, d'atonie et de dissolution qu'elles donnent aux maladies.

Dans un troisième chapitre sont examinées les indications fournies par les diverses circonstances de la maladie.

Le malade ou plutôt le bon état de ses organes et de ses forces étant l'objet du régime en maladie comme en santé, la maladie ne fait qu'une chose en dernière analyse, opposer des restrictions à l'indication toujours présente de réparer les pertes. Ces restrictions varient avec la durée, l'intensité de la maladie ou des symptômes; la nature, les pertes subies par le fait de la maladie ou du traitement; le siége et la lésion, les périodes, la marche, le type et les terminaisons. C'est un précepte fondé sur le bon sens et l'observation que d'abandonner l'organisme à ses propres forces, tant qu'il suffit au travail pathologique. La diète sera donc d'autant plus rigoureuse à toutes les périodes d'une maladie aiguë, que sa durée sera plus courte.

Dans les maladies à nature et à forme sthéniques, à symptômes violents, l'instinct, à défaut de la raison et de l'expérience, impose un régime sévère et dont il ne faut se départir qu'avec réserve, lorsqu'elle commence à céder. Mais la violence de la fièvre et des symptômes n'est pas toujours en rapport avec l'énergie des forces radicales, et dans des cas semblables, il ne faut pas toujours attendre que le tumulte soit complétement apaisé

pour faire quelque tentative d'alimentation, laquelle est souvent bien supportée et concourt à rétablir l'ordre. L'adynamie, l'ataxie sont liées à la nature de la maladie ou à une faiblesse congénitale ou acquise des forces radicales; aussi l'alimentation y est souvent un auxiliaire nécessaire des toniques névrosthéniques.

En diététique, le mot *nature* n'a pas la même acception qu'en pathologie; elle exprime la modification que la maladie imprime aux solides, aux liquides et aux forces. Les maladies sthéniques indiquent, en général, la diète pendant tout leur cours, une alimentation douce et ménagée pendant la convalescence; les maladies asthéniques donnent des indications contraires, en se rappelant toutefois qu'il peut exister un défaut d'harmonie entre une maladie et sa nature.

Il faut nourrir le plus tôt et le plus abondamment possible les malades qui ont subi des pertes abondantes par le fait de la maladie, de quelque nature qu'elles soient. Les mêmes remarques s'appliquent aux pertes subies par le traitement.

Somme toute, le siége de la maladie n'a pas d'influence notable sur le régime; son intensité, son étendue, son caractère sthénique, asthénique, ont plus d'importance, et lorsqu'elle est épiphénoménique, elle suit les indications de la maladie générale. La lésion est vivante et sa manière de vivre se modifie plus ou moins profondément selon la nature des causes qui la produisent ou qui l'entretiennent; aussi, au point de vue diététique, faut-il plutôt interroger les fonctions qui lui servent de thermomètre : chaleur, sécrétions, en un mot, les fonctions naturelles vitales, que les signes physiques qui en mesurent la profondeur et l'étendue. Une alimentation bien ménagée a souvent hâté la disparition des lésions arrivées à l'état de simples reliquats de maladies.

L'alimentation est permise dans la période prodromique si celle-ci est de longue durée et si l'instinct du malade ne lui impose pas la diète; l'abstinence est instinctive au contraire et nécessaire dans la période d'invasion. Les erreurs de régime sont toutefois moins graves au début d'une maladie que lorsqu'elle est à son summum, car c'est un prétexte qui souffre peu d'exceptions, que de refuser toute espèce d'aliments, ou

de n'accorder que des boissons alimentaires aux malades atteints d'affections aiguës, tant que celles-ci sont à leur période d'augment ou d'état.

Il faut, au contraire, se départir d'autant plus de la diète absolue, dans la période de déclin, que celle-ci a été plus longue.

Les maladies à marche rapide et surtout foudroyante se refusent à toute espèce de nourriture. Plus lentes, elles admettent des aliments dont l'opportunité est soumise à certaines règles, à savoir les rémissions et les intermissions. L'approche des crises et l'exacerbation des symptômes qui les accompagnent contre-indiquent au contraire l'emploi des aliments.

Il ne faut pas confondre la cessation de la fièvre avec celle de la maladie ; quel que soit l'apaisement des symptômes, la persistance de la maladie impose de la réserve dans l'emploi des aliments ; en dépassant certaines limites on s'expose à la raviver.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux maladies dont les manifestations aiguës sont diminuées ou supprimées par une médication active, qui n'a pas encore épuisé ce que Rasori appelait la diathèse de stimulus. Le passage à l'état chronique est quelquefois dû à une alimentation prématurée ou excessive, ce qui se reconnaît à l'exacerbation qui suit l'ingestion des aliments; mais lorsque la chronicité est liée à quelque diathèse asthénique, tels que la diathèse tuberculeuse, l'alimentation est souvent le meilleur moyen de prévenir la transformation.

Nous arrivons à la convalescence, et je touche par conséquent au mémoire précédent. En effet, après avoir puisé à toutes les sources d'indication, il ne me reste plus qu'à rechercher à quels signes on reconnaît que l'alimentation est suffisante, excessive et insuffisante.

Il résulte des recherches auxquelles je me suis livré, que le régime, dans les maladies aiguës, ne doit plus être dirigé seulement par l'habitude et le tact médical, qu'il a ses indications et ses contre-indications, ses règles, ses doses et que tout cela ne repose pas sur des indications, mais sur des circonstances, sur des phénomènes appréciables.

3. *Lettre sur l'alimentation des enfants en sevrage.*

(*Journal de médecine*, 1845.)

Cette lettre adressée à M. le professeur Trousseau, rédacteur du *Journal de médecine*, à propos de l'emploi de la viande crue proposée contre la *diarrhée* des enfants en sevrage par le docteur Weiss, de Saint-Pétersbourg, se terminait par ces conclusions.

1° Les enfants ont besoin d'une nourriture plus animalisée qu'on ne le suppose généralement. 2° Les accidents gastro-intestinaux, si fréquents chez eux, sont peut-être plus souvent l'effet d'une nourriture insuffisante ou trop peu animalisée que d'une véritable phlegmasie. 3° Le conseil de ne pas couper, avec un liquide imprégné de substances végétales, le lait des herbivores est fondé sur l'observation. 4° Dans tous les cas où l'on croira utile de suppléer à l'insuffisance du lait de la mère, ou de le remplacer complétement par une autre nourriture, le bouillon ou tout autre aliment emprunté au règne animal et administré sous une forme convenable, devra être sinon donné seul, du moins associé au laitage.

4. *De la paracentèse du thorax.*

(*Archives générales de médecine*, 1854.)

Les discussions qui ont eu lieu sur la thoracocentèse à l'Académie de médecine en 1836, celles qu'elle a soulevées dans le sein de la Société médicale des hôpitaux en 1853 n'étant pas parvenues à vaincre toutes les répugnances, à détruire toutes les objections que cette opération avait soulevées, la Société me chargea d'étudier la question et de déduire de cette étude les conclusions qu'elle comportait, dans l'état de la science à cette époque.

Quoique je n'eusse pas à sortir du domaine de la médecine proprement dite, je m'aperçus bientôt que je ne pouvais me borner à la seule ponction de la poitrine avec le trocart; mais à étudier sous le nom plus compréhensif de paracentèse du thorax toute opération ayant pour résultat l'ouverture des plèvres, qu'elle fût pratiquée avec le bistouri ou le trocart, qu'elle permît ou qu'elle empêchât l'entrée de l'air, qu'elle donnât issue à de la sérosité, à du sang, du pus, des liquides ou des gaz. S'il y a des épanchements simples, il y en a de composés, et le même épanchement peut subir des transformations successives.

Pour dégager les résultats thérapeutiques, il fallait commencer par étudier les conséquences utiles ou nuisibles ou éloignées de la paracentèse thoracique, selon la méthode employée. Ces conséquences sont, en effet, différentes selon qu'on ouvre une libre communication entre l'air extérieur et la cavité thoracique; selon qu'on évacue la plèvre sans permettre l'introduction de l'air. L'empyème et la thoracocentèse répondent d'ailleurs assez exactement à la division fondamentale desépanchements en purulents et séreux.

Il serait trop long d'entrer ici dans tous les détails que comportent les trois modes d'action de l'air : mécanique irritante et putréfiante. Je ferai seulement remarquer que tous ceux qui ont jugé les effets mécaniques de l'air se sont placés à un point de vue erroné; ils ont supposé qu'au moment où l'on ouvrait la plèvre, le poumon et le cœur, et par suite la respiration et la circulation se trouvaient dans des conditions normales et ils en ont tiré cette fausse conclusion, que l'empyème déterminait une gêne considérable de la respiration, quelquefois même l'asphyxie comme dans les vivisections. L'opération ne replace pas les fonctions de la respiration et la circulation dans des conditions normales; mais elle les soulage, d'une manière relative, du poids qui les accable; elle ne s'oppose pas davantage à l'ampliation du poumon avant l'oblitération de la plaie.

Quelque intéressante que soit en elle-même l'action irritante de l'air sur la plèvre saine ou enflammée, c'est surtout au point de vue thérapeutique qu'il faut l'envisager. L'état des sujets atteints d'épan-

chements séreux ou séro-albumineux n'est point exempt de danger; mais ce danger n'est ni immédiat ni fatal. L'introduction de l'air les expose à toutes les conséquences possibles de l'inflammation suppurative.

Il est permis de conclure, au contraire, que l'exaspération de l'inflammation pleurale qui succède à l'ouverture de la cavité thoracique, n'aggrave pas la position des malades atteints d'épanchements purulents, et qu'elle peut même leur être favorable en agissant comme agent de substitution. Quant à la putréfaction des liquides, elle n'est ni constante, ni fatale et se lie plutôt à une inflammation violente et à la rétention du pus.

Des effets de la thoracocentèse.—L'un des grands avantages de la thoracocentèse est de s'opposer à l'introduction de l'air, et de solliciter la dilatation du poumon. Le mécanisme qui préside à l'évacuation du liquide n'est pas le même pendant toute la durée de l'opération. Pendant une première période, le liquide est chassé par le retrait des parois pectorales, distendues au delà de leurs limites physiologiques, et tant que la poitrine n'a pas recouvré ses dimensions normales, le vide ne tend pas à se faire dans la cavité de la plèvre. Dans la seconde période, chaque inspiration tend à faire le vide, lequel ne peut être comblé que par l'air pénétrant, soit par la canule du trocart, soit par la glotte ou par l'une et l'autre à la fois. La baudruche oblitérant la lumière de la canule, la voie pulmonaire reste seule ouverte, et la dilatation du poumon est la conséquence forcée des mouvements d'inspiration; c'est à cette période qu'apparaissent les quintes de toux.

La dilatation du poumon n'est jamais complète dans l'acception rigoureuse du mot; un reste de liquide que l'opération ne peut évacuer, des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins solides, la rendent incomplète et irrégulière, quoique suffisante pour que les surfaces pulmonaire et costale se rapprochent au point nécessaire à leur adhésion; il y a cependant des cas où le rapprochement est impossible.

De ce qui précède, il résulte que le rétrécissement de la poitrine s'ob-

serve aussi souvent après la thoracocentèse qu'après l'empyème qu'il est quelquefois très-prononcé, mais qu'il n'atteint presque jamais d'aussi grandes proportions.

Quoique la thoracocentèse remplisse, avant tout, une indication physique, elle n'en exerce pas moins sur certaines fonctions et sur la plèvre elle-même, des conséquences qui ont un autre caractère.

Plusieurs accidents ont été observés à la suite de l'opération : 1° une douleur ordinairement légère et peu durable, quelquefois fort vive et persistant plusieurs jours, attribuée à la rupture des fausses membranes; 2° la toux, phénomène en général de bon augure, puisqu'il indique la pénétration de l'air dans les bronches, mais qui peut devenir répété, incoercible et durer plusieurs jours ; 3° la syncope, qui semble se produire sous l'influence d'une déplétion trop brusque et trop abondante ; 4° un afflux vers la poitrine, caractérisé : *a* par la reproduction rapide du liquide, *b* par une apparence sanguine, *c* par une congestion pulmonaire, *d* par une expectoration abondante, *e* par une pneumonie, *f* par l'exacerbation de la pleurésie. Cette dernière conséquence de la thoracocentèse n'acquiert pas, en général, une grande intensité et est rarement nuisible; on l'a vu cependant amener la transformation purulente des produits sécrétés. La plaie et le trajet sous-cutané sont restés fistuleux après la ponction; cela ne s'observe guère, il faut le dire, que chez certains sujets cachectiques, ou dont l'épanchement est séro-purulent ou purulent.

La paracentèse du thorax présente enfin, comme conséquences communes aux deux méthodes : 1° l'apparition des sueurs et d'urines critiques observées après un certain nombre d'opérations; 2° des déperditions liquides qui sont abondantes et répétées dans l'empyème, dont ils retardent ou empêchent la guérison, mais qui, pour être moins considérables et moins habituelles à la suite de la thoracocentèse, n'en doivent pas moins être prises en considération chez quelques malades.

Des indications et des contre-indications de la paracentèse thoracique. — La paracentèse thoracique n'est pas applicable aux épanchements qui sont sous la dépendance immédiate d'une affection générale ou d'une

maladie locale de la plèvre, l'une et l'autre incurables et devant entraîner la mort dans un délai plus ou moins prochain.

Tels sont les épanchements ultimes de la diathèse purulente, de la cachexie paludéenne, symptomatiques, des affections organiques du cœur, cancer, des hydatides de la plèvre, etc.

Parmi les épanchements auxquels la paracentèse du thorax peut devenir applicable, se présentent, en premier lieu, les *épanchements séreux*.

1° Les épanchements séreux n'étant pas, de leur nature, réfractaires aux efforts de l'organisme, le médecin aurait tort de se désespérer trop promptement des efforts de la nature et de l'art; la paracentèse thoracique y sera donc moins immédiatement indiquée que dans les épanchements purulents.

2° Le travail nécessaire à l'absorption des épanchements séreux ne devant jamais dépasser les limites de l'inflammation plastique, l'empyème sera nécessairement rejeté de leur traitement.

Épanchements séreux aigus. Pour déterminer les applications de la thoracocentèse aux épanchements séreux aigus, il faut prendre en considération l'intensité et le stade de l'inflammation, le volume et la durée de l'épanchement.

L'inflammation est par elle-même une contre-indication de la thoracocentèse.

L'opération étant impuissante à combattre cette cause première de l'épanchement, elle doit être écartée du traitement des pleurésies dans lesquelles l'inflammation est l'élément essentiel, et que caractérisent des épanchements peu abondants, principalement composés de productions organisables. Si, contrairement à ce qui s'observe habituellement, la pleurésie suraiguë déterminait, pendant ses périodes d'état et d'augment, un épanchement qui menaçât la vie par son volume et d'une manière immédiate, sa ponction devrait être tentée d'après le précepte : *Melius anceps remedium quam nullum;* mais elle constituerait alors une opération de nécessité qui n'empêcherait pas la phlegmasie de reproduire l'épanchement, et de tuer par son acuité, si elle n'était

pas de nature à céder à une médication antiphlogistique énergique.

La thoracocentèse pratiquée dans la pleurésie aiguë modérée, et donnant lieu à un épanchement abondant, sans être excessif, n'abrège pas d'une manière évidente le temps nécessaire à la guérison définitive. Un membre de la commission s'est même fondé sur des expériences anciennes qui lui sont propres, et sur des faits récents empruntés à la pratique des autres, pour affirmer qu'elle imprimait les caractères de la chronicité à certains épanchements. En second lieu, elle n'épargne pas aux malades les ennuis et les douleurs du traitement médical ; il n'est pas démontré enfin, qu'elle entraîne une déformation du thorax moins considérable que dans les cas où elle n'a pas été mise en usage.

Pour toutes ces raisons, on peut poser, en règle générale, que la thoracocentèse ne trouve pas son indication dans la pleurésie aiguë modérée qui ne s'accompagne pas d'un épanchement excessif.

Avant de poser les indications de la thoracocentèse dans les épanchements excessifs, il était nécessaire de rechercher les caractères qui devaient leur mériter ce nom, pour faire cesser les dissidences autant que cela est possible dans l'état actuel de la science.

La dyspnée est un mauvais signe : il y a des épanchements qui tuent les malades par leur quantité, et qui déterminent une dyspnée fort légère ; il y en a de peu considérables qui s'accompagnent d'une grande difficulté de respirer.

Le déplacement des organes voisins, et plus spécialement celui du cœur, a une plus grande valeur séméiotique. Sur dix cas d'épanchements, suivis de mort subite, qui ont été analysés, neuf fois le cœur était déjeté à droite, au delà de la ligne médiane du sternum. Dans le dixième, l'épanchement situé à droite avait fortement refoulé le cœur à gauche

Ceci posé, la conduite à tenir dans les épanchements excessifs pourrait se formuler ainsi :

1. La ponction est de nécessité toutes les fois qu'il y a asphyxie imminente, quels que soient les symptômes concomitants.

2. Si la dyspnée et la gêne de la circulation ne sont pas considérables, mais qu'il existe un déplacement notable des viscères, et surtout du cœur,

que cet organe soit déjeté au delà de la ligne médiane du sternum, la ponction n'est pas aussi immédiatement nécessaire; mais en tardant trop à la pratiquer, le médecin s'expose à voir une émotion morale, un effort physique déterminer inopinément, soit une syncope, soit une congestion pulmonaire, rapidement suivies de mort. Le soulagement qui suit l'évacuation de la poitrine ne fera pas oublier, toutefois, que le liquide peut se reproduire, et même d'une manière foudroyante, si les périodes d'augment et d'état ne sont pas terminées. De là aussi le précepte de ne pas opérer tant qu'elles existent, s'il n'y a pas urgence.

3. Lorsque le déplacement des organes spécifié ci-dessus n'existe pas, on est en droit de penser que la respiration et la circulation s'accoutumeront aux conditions anormales qui leur sont faites; et les médecins auxquels il répugne de pratiquer la thoracocentèse sans raison péremptoire, prendront le temps de combattre la maladie source de l'épanchement, et trouveront la justification de leur conduite dans des faits nombreux de guérison, et même de guérison rapide.

Épanchements séreux chroniques. La chronicité est une condition défavorable qui ne permet pas, autant que l'état aigu, de compter sur les efforts de l'organisme et de l'art pour la résorption du liquide épanché. Aussi est-il permis de dire, d'une manière générale, que la question d'opportunité de la paracentèse thoracique se présente moins rarement dans les épanchements séreux chroniques; mais les résultats de l'opération sont plus variables et son emploi est moins indifférent.

Si la pleurésie chronique conserve ou reprend de l'intensité, l'indication ressort bien plus de l'inflammation elle-même que de l'épanchement; il faut éviter de pratiquer la ponction pendant les exacerbations auxquelles la pleurésie chronique est sujette, fût-elle bien indiquée d'ailleurs. La pleurésie latente ne fait pas exception. C'est pour cette raison qu'à moins d'urgence, la thoracocentèse est bien moins indiquée encore dans les pleurésies chroniques intenses produites ou entretenues par des tubercules.

Lorsque la pleurésie chronique a été modérée dès son début, ou ra-

menée à de faibles proportions par les moyens médicaux, faut-il tenter les chances d'une guérison plus prompte par l'évacuation du liquide ? Parmi les observations de thoracocentèse pratiquées à ce degré de la pleurésie chronique, il en est dans lesquelles le liquide ne s'est pas reproduit ; la maladie était en général récente, et les symptômes d'inflammation presque nuls ; mais il y en a d'autres où l'on a observé la transformation purulente de l'épanchement. Il est donc plus prudent de ne pas se hâter et d'attendre la résorption des produits épanchés des efforts combinés de la thérapeutique et de l'hygiène, parce qu'ils s'adressent à la cause et non à l'effet, et parce qu'ils amènent la guérison dans les cas où la nature de la maladie ne s'y oppose pas d'une manière invincible.

Si la pleurésie chronique, dans un état de torpeur complète, constitue un hydrothorax plutôt qu'une inflammation, et remonte à un temps assez reculé, deux cas peuvent se présenter :

Dans le premier, les moyens les plus rationnels et les plus énergiques ont échoué, et, de plus, des signes palpables prouvent que le malade mourra tôt ou tard par les progrès de l'anasarque et du marasme, si l'on ne tente rien pour le sauver.

Avec une perspective semblable, il est du devoir du médecin de pratiquer la ponction et même d'y joindre l'emploi des injections modificatrices. Le succès peut couronner des tentatives semblables. Je dois ajouter ici, comme réflexion générale, qu'il est d'autant plus compromis que l'opération est faite plus tardivement.

Dans le second cas, le malade conserve les attributs de la santé ; à part une légère dyspnée dans les grands mouvements musculaires, il remplit toutes ses fonctions, tous ses devoirs sociaux. Faut-il opérer ? faut-il attendre qu'il se présente quelque raison d'agir ? Ce sont là des cas au-dessus de tout précepte absolu.

Les considérations précédentes ont eu pour but de poser la question d'opportunité, en lui donnant pour base certaines conditions de nature et d'état de la pleurésie chronique, indépendantes de l'abondance de l'épanchement. Aussi sera-t-on en droit d'en contester la valeur.

Mais, dans la pleurésie chronique comme dans la pleurésie aiguë,

l'excès de liquide peut faire de la ponction une opération de nécessité.

Epanchements purulents. — Le liquide des épanchements purulents étant de sa nature rebelle à l'absorption et à l'organisation, ces épanchements réclament plus impérieusement que les autres l'intervention de l'art ; et l'on est en droit de dire, dans l'état actuel de la science, que l'empyème est la méthode qui convient à la pluralité des cas.

Pour juger l'empyème avec équité, il ne faut pas oublier qu'elle est dirigée contre un état pathologique grave, qui sera toujours suivi d'un certain nombre de terminaisons funestes, quelle que soit la méthode employée.

Il ne faut pas oublier enfin que les insuccès ont été dus plus d'une fois à l'inobservance des bons préceptes et à l'opération trop tardive.

Épanchements purulents aigus. — Il y a des pleurésies aiguës suppurées qui tuent par l'excès d'inflammation plus que par la nature du produit sécrété ; la thoracocentèse y serait aussi impuissante que l'empyème.

Les pleurésies aiguës suppurées qui ne tuent pas par excès d'inflammation sont comparables aux phlegmons. Elles présentent une période de détente sur laquelle l'attention n'a pas été suffisamment fixée. Pendant cette période, dont la durée varie, la collection purulente est dans les conditions d'un abcès chaud, c'est-à-dire dont les parois sont susceptibles de s'agglutiner par première intention, si l'on procure au liquide une évacuation complète et pendant un temps suffisant pour épuiser le foyer.

La période de détente passée, la fièvre se rallume et entraîne tous les symptômes de la fièvre bectique ; la pleurésie passe, en un mot, à l'état chronique intense.

Si l'observation confirme la valeur de cette opportunité pathologique, on sera autorisé à tenter la thoracocentèse, c'est-à-dire la ponction sans introduction de l'air, de préférence à l'empyème, à cette période de la maladie, en observant rigoureusement les règles qui assurent l'épuisement des abcès chauds, c'est-à-dire en plongeant le trocart à la

partie la plus déclive; en laissant en place la canule armée de baudruche tout le temps nécessaire pour évacuer non-seulement le pus qui s'écoule de prime abord, mais aussi celui que la dilatation successive du poumon, les mouvements alternatifs de la respiration et la pesanteur amèneront successivement à l'ouverture, après lui avoir fait parcourir les contours de la poitrine, et les sinuosités des cloisons pseudomembraneuses; pour évacuer enfin les matières puriformes que la plèvre peut sécréter quelque temps encore.

On est d'autant plus autorisé à pratiquer la thoracocentèse qu'il existe des exemples de guérisons rapides observées à cette période de la maladie, à la suite d'épanchements purulents ouverts spontanément dans les bronches ou à travers la paroi pectorale, et de quelques autres où l'art a pratiqué une ouverture avec le bistouri, lesquels étaient placés, par conséquent, dans des conditions beaucoup plus défavorables.

Les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le liquide épanché s'éloigne davantage du pus phlegmoneux par ses caractères, c'est-à-dire que la matière purulente est mêlée à une plus grande proportion de sérosité. Nous nous sommes étendus plus amplement sur cette dernière espèce d'épanchement dans le chapitre suivant.

Epanchements purulents chroniques. Les épanchements purulents chroniques seront avantageusement rangés, au point de vue de la méthode qui leur convient, en deux classes que l'on désignera, d'après leur caractère principal, sous le nom d'épanchements purulents proprement dits et d'épanchements séro-purulents.

Les premiers, qu'ils soient la continuation d'une pleurésie aiguë ou la terminaison d'une pleurésie primitivement chronique, constituent des abcès dont la membrane pyogénique doit subir une modification plus ou moins profonde, ou même être éliminés, pour que la guérison soit possible.

L'empyème leur est spécialement applicable avec des chances de guérison d'autant moins grandes que l'épanchement est plus ancien, le sujet plus âgé, et qu'il existe des complications soit générales, soit locales.

Les épanchements de la seconde classe sont un reliquat de maladie dont la plèvre n'a pu se débarrasser, mais auquel elle s'est accoutumée, plutôt que le symptôme d'une affection qui persiste; aussi en est-il qui troublent aussi peu la santé des malades que les épanchements séreux chroniques de même caractère, c'est-à-dire constituant de véritables hydrothorax. Tantôt ils ont été précédés de symptômes d'acuité non équivoques; tantôt, au contraire, la pleurésie qui leur a donné naissance a eu l'apparence de la chronicité pendant tout son cours.

Parmi les observations d'épanchements séro-purulents qui ont été publiées, il en est quelques-unes dans lesquelles la reproduction du liquide, après la ponction, a été insignifiante; d'autres où elle a atteint certaines proportions, mais où le nouveau produit de sécrétion s'est résorbé sans opération.

Ici la thoracocentèse doit avoir le pas sur l'empyème; si elle échoue, il sera toujours temps d'en venir à l'incision de la paroi pectorale, ou aux injections modificatives.

L'innocuité d'une opération est, en thèse générale, une mauvaise raison pour la prodiguer; mais dans les conditions actuelles, l'innocuité de la thoracocentèse autoriserait à pratiquer une ponction exploratrice, si les symptômes et la marche d'une pleurésie, et surtout la résistance de l'épanchement aux moyens rationnels, permettaient de soupçonner la nature séro-purulente du liquide.

Fistules cutanées et fistules pleuro-bronchiques. Les exemples de guérison et même de guérison rapide, à la suite de l'ouverture spontanée d'épanchements purulents ou séro-purulents, à travers les bronches ou la paroi pectorale, doivent engager à ne pas pratiquer l'empyème dès qu'une fistule cutanée ou pleuro-bronchique s'est établie.

Mais pour peu que la guérison se fasse attendre, ou soit entravée par les accidents qui suivent ordinairement la rétention du pus, il faut pratiquer l'empyème au lieu d'élection; faciliter l'écoulement du liquide, pratiquer les injections et les pansements convenables. Des exemples nombreux justifient cette pratique, qui ne peut avoir

d'autre résultat que de placer les malades dans une position meilleure.

Dans certains cas de pneumo ou d'hydropneumothorax, l'empyème est indiquée à un autre titre, c'est-à-dire comme moyen de prévenir l'asphyxie causée par l'accumulation, dans la plèvre, d'une grande quantité d'air qui ne trouve pas une issue aussi facile pour sortir que pour entrer.

L'occlusion spontanée de certaines fistules pleuro-bronchiques replace les épanchements qui accompagnent ces fistules dans les conditions des épanchements qui n'ont pas été précédés de perforation pulmonaire, et donne lieu aux mêmes considérations sur les indications et les contre-indications de la paracentèse du thorax, sur le choix de la méthode et sur l'emploi des injections modificatrices.

On doit poser en règle générale l'utilité de la thoracocentèse, comme moyen explorateur dans tous les cas où l'on croit devoir pratiquer l'empyème, dans ceux mêmes où l'emploi de cette dernière méthode ne paraît laisser aucun doute. On évitera de la sorte les conséquences possibles d'une erreur de diagnostic, conséquences fâcheuses et irréparables si l'on avait incisé la paroi pectorale d'emblée pour un épanchement purulent ; on se donnera enfin le temps d'apprécier telle ou telle circonstance imprévue de nature à modifier la direction thérapeutique.

5. *De l'état de la question de la thoracocentèse.*

(*Bulletin de thérapeutique*, 1864.)

Comme complément de ce mémoire, j'ai publié en 1864 un travail intitulé : *De l'état de la question de la thoracocentèse* en 1864. J'y apprécie les faits et les opinions produites dans mon rapport, et tout en accordant à la thoracocentèse une application plus étendue, j'arrive à cette conclusion que les règles qui président à l'emploi de cette opération n'ont pas sensiblement varié.

A ce sujet se rattachent :

Une observation de thoracocentèse (*Bulletin des hôpitaux*, 1850).

Une observation d'ouverture de la poitrine pratiquée par moi sur une jeune fille de cinq ans atteinte de pleurésie aiguë, terminée par suppuration, observation suivie de réflexions sur l'empyème.

Deux rapports faits à la Société médicale des hôpitaux.

1° Sur une observation de pleurésie purulente.

2° Sur une observation de bruits de frottement intense.

6. *Mémoire sur la révulsion et la dérivation.*

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1846).

En rassemblant des matériaux pour un cours libre de thérapeutique, je ne tardai pas à m'apercevoir qu'on trouvait, en effet, des éléments suffisants pour édifier une doctrine de la révulsion et de la dérivation, mais que cette doctrine pouvait être mieux coordonnée et recevoir de plus grands développements. Telle est l'origine de ce mémoire que M. le docteur Gintrac père a eu l'indulgence de regarder, dans son *Traité de pathologie interne*, comme « fort substantiel et contenant des notions très-judicieuses et véritablement pratiques ».

Dans toute question de thérapeutique, il faut d'abord déterminer le *substratum* de l'indication, l'élément morbide que la médication est destinée à combattre.

Or, les agents révulsifs et dérivatifs n'introduisent aucun agent dans la circulation, ils ne peuvent agir que par *consensus*. Leur action ne devait s'exercer qu'en vertu de cette dépendance, ce *consensus* qui existe entre les différentes parties du corps vivant, entre les actions générales et partielles. — Ce *consensus* consiste tantôt dans un mouvement synergique, c'est la fièvre ; tantôt c'est une solidarité de souffrance qui a reçu le nom de synergie ; tantôt enfin, tandis que l'action d'une partie augmente en énergie et en intensité, par une sorte de compensation et

d'équilibration, cette même action diminue ou revient à son degré habituel, soit dans le reste de l'organisme, soit dans un certain nombre de parties plus ou moins éloignées.

Ce troisième ordre de faits porte surtout sur les actions organiques, en tant du moins qu'elles sont encore douées de mobilité, qu'elles ne consistent encore qu'en des mouvements fluxionnaires, sur cette loi d'antagonisme repose la méthode thérapeutique de la révulsion et de la dérivation ou contre-fluxion.

Les fluxions s'observent chez l'homme en santé, où elles diffèrent à peine des fluxions pathologiques quant à leur mode, quant à leurs éléments et même quant à leur influence réciproque les unes sur les autres. Les unes sont appelées vers un organe par un stimulus appliqué à sa surface; les autres par cause indirecte et éloignée, d'autres enfin sont sympathiques. Certaines d'entre elles poussent le sang à la périphérie. Il en est de concentratives absolument comme dans l'état morbide.

Dans toute fluxion complète se rencontrent un phénomène d'influx nerveux, une congestion et un flux; mais ce dernier élément est plutôt une terminaison, une crise qu'un fait essentiel, la prédominance de chacun d'eux donne lieu à trois types: fluxions nerveuses, fluxions hypérémiques et flux.

Ces éléments et ces distinctions se retrouvent dans les fluxions pathologiques, et nous verrons que cette circonstance, que j'ai mis plus que tout autre en lumière, influe notablement sur le choix de l'agent révulsif qui doit être adopté autant que possible à tous les modes de la fluxion pathologique.

Les fluxions pathologiques présentent à considérer de plus, comme circonstance capitale, les états diathésiques qui sollicitent le mouvement fluxionnaire ou l'entretiennent et influent tout aussi bien sur le choix des révulsifs et des dérivatifs, en particulier, que sur celui de la médication générale.

Après avoir passé en revue les causes des fluxions, j'en examine les caractères symptomatiques, les modes, la marche, la terminaison, choses qui ne sont pas susceptibles d'analyses.

Puis vient le rôle de la fluxion en pathologie ; tantôt elle constitue la maladie à elle seule, mais le plus souvent fait partie d'un état morbide plus complexe ; ici, elle est locale et purement symptomatique ; là, elle est un élément essentiel qui engendre la maladie locale. Les crises se rattachent au mouvement fluxionnaire ainsi que les métastases.

Après le *substratum* d'indication vient l'agent substituteur ou fluxion thérapeutique. Les révulsifs et les dérivatifs n'agissent, en effet, qu'en créant artificiellement une fluxion destinée à déplacer la fluxion morbide. On trouve dans les fluxions thérapeutiques des éléments analogues aux fluxions physiologiques et pathologiques.

Les attractifs agissent avec ou sans évacuation.

A. *Avec évacuation :* 1° sécrétoire ou excrétoire ; 2° sanguine ; 3° séreuse ; 4° purulente.

B. *Sans évacuation :* En déterminant de la douleur ; une congestion ; une inflammation avec ou sans produits ; en modifiant plus ou moins profondément la circulation ; en augmentant certaines actions organiques et des produits de sécrétion ; en développant certaines actions organiques normales.

Les lois générales de la révulsion et de la dérivation servent de corollaire à ces recherches étendues.

7. *Un mot sur les exutoires.*

(*Bulletin de thérapeutique*, 1855.)

Ce mémoire, publié à l'occasion de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, n'est que l'étude plus complète et plus détaillée, j'oserai dire plus clinique, d'un point spécial du mémoire précédent. Il circonscrit le mode et la mesure d'action des exutoires, en spécifiant leurs indications, et se termine par les conclusions suivantes :

1° Les exutoires constituent une médication chronique (en médecine

humaine du moins) qui ne doit être opposée qu'à des affections chroniques.

2° Leur action physiologique met en jeu les propriétés vitales communes des tissus sur lesquels ils sont appliqués ; elle n'a, par conséquent, rien de spécifique.

3° De là résulte cette conséquence confirmée par l'expérience que les exutoires ne peuvent rien sur les éléments spécifiques des maladies. Ils peuvent diminuer, enrayer ou anéantir un de leurs éléments communs et cet élément est la fluxion.

4° Leur action thérapeutique est indirecte et s'exerce en vertu de l'axiome hippocratique: *Duobus laboribus simul abortis non in eodem loco fortior obscurat alterum.*

5° Cette action thérapeutique est soumise aux lois générales de la révulsion et de la dérivation.

6° Les exutoires ne peuvent donc déplacer et guérir les fluxions produites et entretenues par une force plus puissante que la leur et qui en reçoivent un caractère de généralité ; telles sont les localisations diathésiques confluentes.

7° Ils ne peuvent ni déplacer ni guérir des fluxions pathologiques, entretenues par des conditions locales de nature réfractaire.

8° En leur qualité d'affluxifs produisant une fluxion fixe, ils peuvent créer une localisation artificielle et anticipée à certaines diathèses et faire cesser ainsi des troubles dus à l'imminence morbide.

9° Ils dirigent et fixent souvent avec avantage, sur un point de la peau où la fluxion est sans danger, les localisations de certaines diathèses qui avaient pris pour lieu d'élection des organes importants.

10° Lorsque la fluxion est ou devient l'élément principal des affections chroniques, les exutoires peuvent suffire à la guérison.

11° Lorsqu'il y a plusieurs éléments morbides à combattre, l'indication qu'ils remplissent est soumise aux conditions d'importance, de simultanéité, de succession qui régissent toutes les indications.

12° L'opportunité et la durée de leur emploi sont subordonnées à l'opportunité et à la durée de l'état pathologique contre lequel ils sont dirigés.

8. *De l'emploi de l'alcoolature d'aconit contre la métrorrhagie.*

(*Bulletin de thérapeutique*, 1862.)

Semblables aux autres hémorrhagies, les écoulements sanguins de l'utérus ne constituent pas une maladie essentielle ; ils ne sont que le symptôme d'une autre affection, d'un élément morbide qui prime les indications.

Soit ignorance, soit insuffisance de la matière médicale, nous ne trouvons pas toujours les agents appropriés à ces affections alimentaires. Conduit par l'induction, c'est-à-dire prenant en considération les propriétés physiologiques de ce médicament, en particulier son action stupéfiante sur le système capillaire, je me suis demandé s'il ne réussirait pas là où avaient échoué d'autres hémostatiques de l'utérus. Je suis donc venu proposer une application nouvelle d'un des agents les plus utiles et les plus actifs de la matière médicale.

L'aconit n'est pas plus un spécifique que la cannolle, l'ergot de seigle, l'uva ursi, l'opium, la saignée. Les hémorrhagies qu'il arrête dans certaines circonstances, cèdent à des agents analogues qu'il remplace lui-même quelquefois sans inconvénients, mais il a, en général, ses indications spéciales.

Ainsi dans les métrorrhagies épiphénoméniques des névralgies lombo-abdominales, soit que le médicament ait été employé à doses insuffisantes, soit que la névralgie ne fût pas de nature à céder à l'aconit, je n'ai pas obtenu de résultats à encourager mes essais; — j'en dirai autant des hémorrhagies liées à la métrite aiguë ou chronique, à la pelvi-péritonite. Chez les femmes chlorotiques ou épuisées par des pertes de sang, la cannelle lui est préférable ou devra lui être associée ; — L'aconit paraît surtout efficace dans les hémorrhagies utérines, essentielles, c'est-à-dire liées à une simple fluxion, et plus spécialement peut-être à la fluxion

menstruelle exagérée, lorsque celle-ci ne se complique pas d'une congestion assez notable pour exiger la saignée et qu'elle présente un caractère actif ou sthénique

Dans certaines métorrhagies symptomatiques, elle pourra être un adjuvant utile; mais le traitement vraiment efficace sera celui de la maladie à laquelle se rattache l'hémorrhagie.

La dose est de 2 et 4 grammes.

9. *De l'utilité de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.*

(*Bulletin de thérapeutique*, octobre 1863.)

L'insuffisance absolue ou relative des divers agents plus spécialement recommandés pour activer la venue des règles ou calmer les douleurs qui les accompagnent, m'ont engagé à expérimenter l'apiol comme j'avais expérimenté l'aconit dans des conditions opposées. J'ai rangé en quatre catégories les cas où je l'ai administré : A. aménorrhées simples; B. aménorrhées précédées ou accompagnées de coliques utérines; C. dysménorrhées simples; D. cas dans lesquels les effets de l'apiol ont été incomplets ou tout à fait nuls.

Les cas d'aménorrhées simples sont les plus faciles à guérir. Elles sont quelquefois accompagnées de douleurs de reins et de faibles tranchées utérines, mais qui ne constituent pas une véritable dysménorrhée, ces douleurs et ces tranchées étant un fait contingent, accidentel. Les symptômes qui les caractérisent à l'époque de la menstruation consistent dans l'accélération du pouls, un peu d'oppression et une tendance à la morosité.

L'apiol ne réussit pas aussi bien dans les cas où la dysménorrhée précède l'aménorrhée. Le flux menstruel a été provoqué et la douleur facilement calmée chez de jeunes filles d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, dont les troubles menstruels paraissent se ratta-

cher à la menstruation utérine; mais d'autres faits me portent à penser que ces heureux effets de l'apiol ne s'obtiennent qu'à la condition de n'avoir pas affaire à une pléthore générale ou locale, portée trop loin. Il est sans action dans les cas de congestion utérine intense, de métrite subaiguë ou chronique, où le sang ne coule pas, où les douleurs sont augmentées au point de devenir excessives. L'apiol a également échoué dans les pelvi-péritonites. Pour qu'il réussisse, il faut que les douleurs soient liées à la dysménorrhée simple, celle qui dépend de l'innervation vaso-motrice. Il n'a jamais pu soulager les douleurs névralgique qui se manifestent ou s'exagèrent à l'époque menstruelle.

Dernière remarque essentielle, la menstruation étant essentiellement liée à l'ovulation, les effets thérapeutiques de l'apiol ne se manifesteront que chez des filles nubiles et s'il est administré au moment où la fonction menstruelle s'annonce par des symptômes généraux et locaux, ou à l'époque connue et présumée des règles.

10. *Considérations sur l'érysipèle et son traitement.*

(*Bulletin de thérapeutique*, 1861.)

Deux idées principales dominent le traitement de l'érysipèle. La première conduit à le regarder comme une espèce pathologique, douée d'une existence autocratique et soustraite aux lois générales de la pathologie. Elle a eu pour conséquence naturelle la recherche des spécifiques ou l'application d'un traitement uniforme. La seconde fait de l'affection locale, l'origine, le centre, l'aboutissant de tous les phénomènes de la maladie, de toutes les indications qui surgissent dans son cours. Persuadé comme F. Hoffmann que la pathologie vraie, *pathologia vera*, c'est-à-dire fondée sur l'observation, est le véritable fondement de la thérapeutique, j'ai essayé de démontrer qu'en dépit de sa physionomie originale en tant qu'affection cutanée, l'erysipèle étudié au point de vue clinique, et

abstraction faite do toutc théorie, ne peut être considéré comme une maladie essentielle; que sa manifestation sur la peau et les muqueuses se rattache toujours à l'existence d'un autre état morbide dont il est la superfétation; que son caractère bénin ou grave, sa marche, sa durée, son pronostic et son traitement varient selon la maladie dont il est le satellite. Il faut dire avec J. P. Frank : « *Maxima erysipelatis differentia ab illa febris sibi conjunctæ, nunc nervosæ, nunc gastricæ, nunc vero inflammatoria derivenda est* ».

Cette dépendance de l'exanthème se manifeste à toutes les périodes. Il peut débuter avec les symptômes généraux ; mais il ne les précède pas. La fièvre précède le plus ordinairement de quelques heures ou de quelques jours. Que la durée de la maladie soit circonscrite dans des limites fixes, comme la synoque, ou que son évolution s'accomplisse dans un espace de temps moins rigoureusement limité (fièvres gastriques ou catarrhales), l'exanthème s'arrêtera, disparaîtra avant la pyrexie; mais ne progressera pas au-delà. L'exanthème suit la fièvre dans ses progrès, ses rémissions, ses paroxysmes, comme l'ombre suit le corps.

J. P. Frank et ses prédécesseurs n'ont pas épuisé l'observation en énumérant les formes inflammatoires gastriques et nerveuses. L'érysipèle accompagne aussi les fièvres catarrhales. Il existe deux espèces de fièvre érysipélateuse essentiellement bénignes : l'éphémère et la synoque qui me paraissent avoir été méconnues par les anciens comme par les modernes. Enfin certaines épidémies observées dans les salles de chirurgie et dans les maisons d'accouchement indiquent l'existence d'érysipèles d'origine septique et typhique. Je ne puis passer minutieusement en revue, dans ce court exposé, comme je l'ai fait dans mon mémoire, les modifications que subit l'érysipèle par le fait de son mariage avec les diverses fièvres que j'ai nommées; mais en suivant ces détails, on comprend comment tel érysipèle comporte l'expectation, tel autre la saignée, tel autre encore la méthode évacuante; pourquoi celui-ci doit être traité par le quinquina, le sulfate de quinine; le musc; pourquoi cet autre par l'aconit, le perchlorure de fer. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des divers moyens locaux.

Cette étude de l'érysipèle resterait incomplète si nous omettions quel-

ques autres particularités importantes pour le pronostic et le traitement.

Son apparition coïncide quelquefois avec la diminution ou la suspension d'un symptôme habituel de la maladie principale : ainsi, dans la fièvre gastrique, on le voit succéder à la disparition de la diarrhée ; mêmes effets de la suppression de la sueur dans la fièvre catarrhale ; de là l'indication de rétablir, s'il est possiblo, les flux supprimés.

Je dis enfin un mot des érysipèles passagers ou à répétition qui mettent fin à d'autres maladies aiguës ou chroniques.

11. *Du mode d'action de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire.*

(*Journal de medecine*, 1853.)

Ce mémoire a pour but de prouver, contrairement à l'opinion de quelques médecins, que les effets de la vératrine dans le rhumatisme articulaire dérivent d'une action spéciale, d'une sédation directe sur la nature de laquelle on pourra discuter, mais qui n'en est pas moins réelle, et non pas de l'action irritante qu'elle exerce quelquefois à divers degrés sur la muqueuse des voies digestives.

Cette détermination du mode d'action de la vératrine présente un intérêt pratique ; si elle guérit le rhumatisme par une action sédative qui lui est propre, le médecin devra rechercher les conditions qui assurent cette action en même temps qu'elles préviennent ou font cesser les effets physiologiques immédiats sur le tube digestif.

Or, en examinant les preuves, on trouve qu'il y a des rhumatismes articulaires qui s'amendent et guérissent d'une manière rapide et nette pendant l'administration de la vératrine, sans qu'on ait observé pendant leur cours aucune action irritante sur le tube digestif.

Que dans les cas où cette action a eu lieu, elle y a joué le rôle d'un fait accidentel et passager, tandis que la sédation de la circulation et la diminution correspondante des lésions articulaires constituent le fait capital.

12. *Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des maladies du cœur.*

(Thèse pour le concours de l'agrégation. Année 1844.)

Voici à peu près les conclusions principales de cette thèse :

Le nombre et l'étendue des services rendus au traitement des maladies du cœur par le diagnostic anatomique, a toujours été en rapport avec les progrès de l'anatomie pathologique dont il n'est en réalité que l'application.

La pathogénie, mieux connue, de certaines lésions anatomiques du cœur, permet de conclure plus sûrement de l'existence des lésions à la nature de la maladie qui les a engendrées.

Les renseignements exacts et précis que le diagnostic anatomique fournit aujourd'hui sur le siége, et indirectement sur la nature de la plupart des maladies du cœur, donnent une certitude plus grande au traitement de ces maladies.

Il existe un certain nombre d'affections ou de lésions organiques dont le diagnostic anatomique ne peut déceler l'existence ou éclairer le traitement.

Le diagnostic anatomique éclaire indirectement le traitement des névroses. Si cependant on s'en rapportait uniquement aux résultats négatifs, si l'on n'interrogeait pas les caractères positifs et l'étiologie des névroses, on courrait le risque de méconnaître l'existence simultanée de troubles nerveux et d'une lésion organique.

13. *Du traitement des affections organiques du cœur* (1854).

Dans ce court travail, j'ai cherché à dégager le diagnostic médical du diagnostic anatomique et à prouver par des exemples que les troubles fonctionnels produits par des lésions en apparence identiques, étaient soulagés par des agents de nature différente, appropriés à la cause morbide.

Je citerai des observations intéressantes publiées dans divers recueils.

14. *Effets remarquables des inhalations prolongées de chloroforme, dans un cas de convulsions compliquées du spasme de la glotte, chez un enfant de onze mois.*

(*Bulletin de thérapeutique*, t. XLVIII. 1855.)

15. *Urticaire chronique guérie par l'aconit.*

(*Bulletin de thérapeutique.*)

16. *De l'heureux emploi de la potion ammoniacale opiacée, dans deux cas de phthisie laryngée accompagnée de symptômes de suffocation et d'asphyxie par spasme de la glotte, pour lesquels on voulait pratiquer la trachéotomie.*

(*Bulletin de thérapeutique*, t. LVI. 1859.)

17. *Quelques réflexions sur l'emploi répété du vomissement considéré comme agent principal dans le traitement du croup.*

(*Gazette médicale*, 1842.)

Il s'agissait ici du croup inflammatoire tel qu'il existait alors et différent de la diphthérie.

18. *De la fièvre synoque péripneumonique.*

(*Archives générales de médecine*, juillet 1855.)

J'ai voulu démontrer qu'il existe une maladie identique par ses causes, son début, ses symptômes généraux, son type, sa durée, ses terminaisons et même son traitement avec la fièvre synoque simple, dont elle ne diffère que par la présence d'une affection locale accessoire, la pneumonie, qui

joue, pendant tout son cours, le rôle de simple épiphénomène. La synoque pneumonique n'est elle-même qu'une variété d'une espèce pathologique que l'on pourrait appeler *synoque accompagnée*.

Pour arriver à la démonstration, je me suis livré à des considérations générales sur les fièvres. Repoussant l'idée que les fièvres fussent nécessairement des maladies sans manifestation organique, sans lésion prédominante, j'ai prouvé que la distinction à établir entre elles et les maladies locales, c'est que les lésions n'y sont jamais essentielles et primitives, qu'il n'existe pas de rapport nécessaire entre leur intensité, leur étendue et l'intensité des autres symptômes de pyrexie. Elles peuvent manquer plus ou moins complétement, sans que la maladie soit modifiée dans ses caractères fondamentaux.

Ces préliminaires exposés, j'ai retracé aussi nettement et aussi brièvement que possible l'histoire de la synoque simple. Puis, exposant avec détail un certain nombre de faits particuliers, j'ai fait voir qu'en faisant un moment abstraction de la lésion, on y retrouvait les causes, les symptômes, les formes, les crises, la durée de la synoque simple; que la pneumonie toujours bénigne se modelait sur tous ces modes de la synoque qui pouvait naître avant elle et à laquelle elle ne survivait jamais.

J'ouvrais ainsi la voie à ceux qui voudront étudier les autres fièvres pneumoniques, je donnais ainsi un élément de la solution de l'expectation dans la pneumonie, et je prouvais l'inanité des succès homœopathiques proclamés par un collègue d'hôpital, dévié des voies régulières de la science.

19. *Mémoire sur les névralgies périodiques.*

(*Archives générales de médecine*, 1852.)

La périodicité exerce une influence trop grande et trop favorable sur le pronostic et la curation des névralgies, pour qu'il n'en fût pas question dans les auteurs, au moment où j'écrivais ce mémoire; mais on n'y

trouvait que des indications écourtées et insuffisantes. Ollivier, Valleix, Sandras sont très-brefs à ce sujet et n'ont évidemment en vue que les accès uniques et bien tranchés. En lisant leurs indications sommaires, on croirait qu'il n'est jamais difficile de distinguer une névralgie périodique d'une névralgie continue, et que les névralgies dans lesquelles le quinquina est indiqué cèdent d'une manière prompte et certaine à son action.

Mon but a été de prouver que les névralgies périodiques sont plus fréquentes qu'on ne le suppose; qu'elles sont plus souvent quotidiennes doublées ou doubles tierces doublées que simples, sous l'un et l'autre type; que les deux accès de chaque jour (il y en a quelquefois davantage), étant ordinairement subintrants simulent la continuité, et que les névralgies que l'on guérissait empiriquement par le sulfate de quinine à haute dose, étaient des névralgies périodiques.

Mon travail s'est trouvé naturellement divisé en deux parties : la première étudiant les caractères qui permettent de distinguer la périodicité vraie, légitime, de la périodicité fausse et de la continuité.

La seconde recherchant les conditions qui, la périodicité étant vraie et le quinquina bien indiqué, s'opposent à l'action des antipériodiques.

Première partie. — *Type.* — Je démontre par des exemples que les névralgies peuvent revêtir tous les types familiers aux fièvres intermittentes : quotidiennes simples, quotidiennes doublées; tierces; doubles tierces, doubles tierces doublées; ce sont les plus fréquentes. Quelques-unes se présentent sous le type quarte; d'autres enfin, beaucoup plus rares, ne reparaissent que tous les cinq, six ou huit jours. Il existe enfin des névralgies qui ne sont sujettes à aucun type régulier et qui, cependant, cèdent à l'action du quinquina plus facilement quelquefois que celles dont la périodicité est mieux dessinée.

Puis je passe successivement en revue les heures de la journée auxquelles commencent les accès, leur durée, la marche générale et la durée de névralgies périodiques.

Pour arriver au diagnostic des accès, j'ai surtout pris en considération

la douleur et ses différents modes : douleur permanente, élancements douloureux, sensibilité à la pression ; ses exacerbations et ses rémissions, ses foyers fixes ou variables. Je ne m'arrêterai pas aux cas où l'absence de toute espèce de douleur dans l'intervalle des accès rend la périodicité évidente ; mais ceux dont la marche est subintrante ou continue rémittente. Pour le malade qui souffre toujours, la maladie est continue, aussi s'impatiente-t-il assez souvent de la persistance du médecin à connaître les détails ; mais on finit par reconnaître qu'à certaines heures de la journée, les différentes espèces de douleur, les élancements douloureux surtout plus caractéristiques des accès, croissent en nombre, en intensité, en étendue ; que cette anxiété douloureuse dure un certain nombre d'heures après lesquelles il jouit d'un calme relatif ; si la douleur persiste, c'est seulement la douleur sourde et celle que détermine la pression. Ce calme relatif n'est pas seulement de quelques minutes ou plus, comme pour les névralgies continues, il peut s'étendre au quart, au tiers, quelquefois même à la moitié de la journée.

Je n'insisterai pas ici sur le début variable des accès : invasion subite, graduelle, etc. Ces différents modes se conservent habituellement dans la série des accès ; tantôt ceux-ci sont dès le début ce qu'ils seront plus tard ; d'autres fois, ils croissent en durée et en intensité.

Un point important sur lequel j'ai appuyé, c'est l'heure de la rémission ou de l'intermission ; dans le jour, elle est mieux appréciée ; vers la fin de la nuit, elle est attribuée à la fatigue et au sommeil.

Les névralgies périodiques présentent encore à considérer des symptômes accessoires qui sont : les uns, des épiphénomènes communs à toutes les névralgies ; les autres propres à la périodicité ; en particulier un ou plusieurs des symptômes de la fièvre.

Le quinquina et l'arsenic sont les deux agents les plus efficaces contre la périodicité ; mais leur succès est soumis à certaines conditions.

Lorsque la périodicité est l'élément unique ou capital, ils suffisent à la guérison.

Lorsqu'elle n'est qu'un mode, comme la névralgie elle-même n'est qu'un épiphénomène d'une autre affection (constitutions catarrhales ou

bilieuses), les évacuants ou autres moyens appropriés suspendent habituellement les accès.

D'autres fois le quinquina échoue, lorsqu'il est indiqué, parce que le médecin a oublié de combattre quelque complication générale ou locale. Quelquefois des névralgies qui ont résisté au quinquina cèdent à l'arsenic et réciproquement sans cause appréciable ; d'autrefois, enfin, il y a eu mauvaise administration du quinquina.

Viennent enfin les règles de la médication antipériodique (quinquina, arsenic), que la précision nécessaire des détails empêche d'analyser ici.

20. *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes.*

(*Archives générales de médecine*, 1860.)

Au début de ce mémoire, je pose ce principe confirmé par les faits, qu'indépendamment de la douleur les névralgies peuvent avoir pour épiphénomènes tous les troubles inhérents aux fonctions spéciales de l'organe atteint de l'affection douloureuse. Dans la pluralité des faits, la douleur est le phénomène dominant, mais il y a des cas où les symptômes surajoutés acquièrent de telles proportions ou revêtent si bien la physionomie d'une des affections propres à l'organe atteint, que le diagnostic présente des difficultés sérieuses, malgré la présence des douleurs. Ces difficultés sont plus sérieuses pour les névralgies de l'utérus et de ses annexes que pour tout autre organe. Elles sont aussi de celles qui s'accompagnent le plus souvent d'épiphénomènes de nature à dérouter le médecin, et cela se conçoit pour peu qu'on réfléchisse à la structure et aux fonctions de la matrice. Une division toute naturelle dérivait de l'état de vacuité ou de l'état de grossesse. Dans l'état de vacuité, nous rencontrons d'abord la leucorrhée, caractérisée par une sécrétion muqueuse ou séro-muqueuse, d'autres fois analogue à une solution épaisse

de gomme ou d'amidon et par le rapport qui existe entre son apparition et ses variations de quantité avec celles des douleurs.

Je ne parlerai que pour mémoire d'une sécrétion gazeuse signalée par M. Neucourt.

Vient ensuite la congestion utérine, rare dans les névralgies lombo-sacrées, mais quelquefois assez notable pour augmenter le volume de l'organe, du col surtout, et simuler une métrite aiguë ou chronique, si le toucher n'analyse pas la nature et le siége circonscrit de la douleur.

De tous les épiphénomènes produits par la névralgie lombo-sacrée, dans l'état de vacuité, le plus important est la métrorrhagie, méconnue avant moi. Il n'y a quelquefois qu'un stillicidium sanguin, accompagné souvent de douleurs sourdes ; d'autres fois l'hémorrhagie est marquée et peut aller jusqu'à constituer une perte. Voici les principaux caractères de ces hémorrhagies : leur cours est irrégulier et leurs exacerbations sans raisons apparentes, d'un jour à l'autre ou dans la même journée. Le sang sort par saccade et est, en général, d'une couleur rutilante. L'hémorrhagie se suspend complétement lorsque les accès sont séparés par des intervalles d'analgésie complète ; il y a simple rémission, s'ils sont simplement rémittents.

Il existe, ordinairement, un rapport proportionnel entre l'écoulement sanguin et la douleur névralgique sous toutes ses formes. Dans certains cas moins nombreux, il y a disproportion. Chez une dame de ma clientèle, l'un des accès était surtout caractérisé par l'intensité des élancements douloureux ; l'autre par l'abondance de la métrorrhagie. La métrorrhagie commence ou finit souvent avant la névralgie.

L'époque menstruelle rappelle, en général, les douleurs lorsqu'elles sont récemment apaisées et les exaspère lorsqu'elles existent et leur donne souvent un caractère ténesmoïde.

La névralgie lombo-sacrée a pour effet, à son tour, d'exagérer le flux menstruel dans la grande majorité des cas.

Ce ne sont pas seulement les inflammations aiguës ou chroniques du

bassin, c'est la péritonite généralisée elle-même que peut simuler la névralgie abdominale.

Cette variété assez rare est quelquefois précédée des symptômes habituels de la névralgie lombo-sacrée qui prennent tout à coup de grandes proportions; tantôt elle s'établit d'emblée. Si aux douleurs excessives, à la sensibilité, au ballonnement du ventre se joignent des vomissements et de la fièvre, de la constipation et de la difficulté d'uriner, l'erreur est possible; elle a même été commise plus d'une fois. Je n'ai rencontré cette forme qu'avec le type continu rémittent. Il m'est impossible d'effleurer ici un diagnostic aussi important.

La névralgie lombo-abdominale présente, à considérer pendant la grossesse, des épiphénomènes qui ne diffèrent pas par leur essence de ceux que nous venons de passer en revue : ce sont des douleurs, des hémorrhagies (celles-ci sont rares), des contractions utérines, et l'on acquiert la conviction que le corps de l'organe peut être le siége de points douloureux aussi bien que le corps.

Les hémorrhagies et les contractions utérines constituent des éléments suffisants pour causer l'avortement, et j'en cite plusieurs exemples authentiques.

Des accouchements douloureux et difficiles ont été occasionnés par la névralgie lombo-utérine. J'en ai cité un exemple fort probant. Enfin les hémorrhagies après l'avortement, les tranchées utérines peuvent la reconnaître pour cause.

21. *Considérations sommaires sur les tranchées utérines et en particulier sur la névralgie lombo-abdominale considérée comme cause de cet accident des suites de couches.*

(*Revue médico-chirurgicale*, t. X. 1851.)

Dans ce mémoire, je me suis attaché à décrire d'une manière plus spéciale et plus complète l'existence des tranchées utérines d'origine né-

vralgique, et j'ai donné les caractères auxquels on peut les distinguer des tranchées reconnaissant d'autres causes.

22. *Observation de névralgie iléo-scrotale du côté gauche compliquée d'orchite symptomatique; trois accès séparés les uns des autres par un intervalle de onze jours.*

(*Bulletin des hôpitaux*, février 1851.)

L'origine névralgique de certaines affections qui leur paraissent étrangères est encore démontrée par cette observation remarquable de névralgie iléo-scrotale coupée après trois accès de cinq jours de durée et dont le début était séparé par un intervalle de onze jours; chaque accès était accompagné du retour d'un gonflement inflammatoire du testicule. Un point douloureux existait à la tête et à la queue de l'épididyme.

Je rapprocherai de ces mémoires:

23. *Une observation de tic non douloureux de la face, de nature hystérique reparaissant sous le type quotidien, guérie par le sulfate de quinine.*

(*Bulletin des hôpitaux*, juin 1851.)

24. *Une observation de kératite intermittente.*

(*Union médicale*, juillet 1858.)

25. *Celle d'un spasme simultané de la glotte et du diaphragme observé chez une femme de quarante-quatre ans (maladie rare à cet âge).*

(*Union médicale*, juillet 1854.)

26. *Recherches sur la menstruation étudiée dans ses rapports avec l'épilepsie.*

(*Journal de médecine.*)

Ces recherches ont été entreprises à propos d'une observation dans la-

quelle deux époques dysménorrhéiques ont provoqué des attaques épileptiques.

Après avoir compulsé et discuté les documents que j'ai trouvés sur l'épilepsie utérine dans les auteurs anciens et modernes, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

La catégorie la plus nombreuse se compose des faits dans lesquels il n'existe aucun lien entre l'épilepsie et la menstruation. Causes, marche, complications, terminaisons sont tout à fait indépendantes des règles.

Dans une seconde catégorie, l'établissement de la menstruation n'a concouru en rien à la production de l'épilepsie qui a ses causes propres et est souvent antérieure ; mais elle exerce une influence sur les apparitions des attaques et sur leur nombre qu'elle augmente ordinairement soit par son établissement, soit par ses retours mensuels ; quelquefois la ménopause a produit un effet analogue.

Troisième catégorie. La menstruation prend une part, mais une part inégale à la production de l'épilepsie ; il existe concurremment d'autres causes dont l'action peut être invoquée à plus ou moins juste titre.

L'éruption des règles prédispose à l'épilepsie par le seul excès d'irritabilité nerveuse qu'elle imprime à l'organisme.

D'autrefois ce sont des troubles de cette fonction qui aident l'action des causes occasionnelles ou de la prédisposition héréditaire.

D'autrefois encore, la cause perturbatrice de la menstruation est toute morale et de nature affective. Ici la proportion des guérisons est plus considérable.

Dans une dernière catégorie, les troubles menstruels paraissent à la fois la cause occasionnelle et la cause officieuse de l'épilepsie ; mais ces troubles ne reconnaissent jamais des causes purement morales, purement dynamiques ; ils sont la conséquence de conditions organiques, soit générales, soit locales, propres à l'individu.

27. *Observations de contractures essentielles.*

(*Journal de médecine*, 1856.)

28. *Des contractures épidémiques.*

(*Union médicale*, mars 1845.)

Dans ces deux mémoires, j'ai cherché à remonter à la cause et à la nature de la tétanie, et j'étais arrivé à conclure que cette affectiou a pour siége les enveloppes de la moelle et est de nature catarrho-rhumatismale, c'est-à-dire liée à une fluxion inflammatoire, à une phlogose des enveloppes rachidiennes. Une observation publiée par M. le docteur Potain, et dans laquelle on a rencontré un ramollissement blanc des pyramides antérieures, confirme mes inductions.

29. *Observation de calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen.*

(*Union médicale*, septembre 1856.)

En rapportant cet exemple d'un fait pathologique rare, puisque l'ouvrage de M. Faucouneau-Dufresne n'en contient que cinq exemples, j'ai comparé entre eux les faits connus pour en résumer la symptomatologie et attirer l'attention sur une manœuvre qui a plusieurs fois réussi à faire cesser les accidents en déplaçant le calcul à savoir le massage de la région où il est retenu.

30. *Nouvelles observations sur l'inflammation de la veine porte.*

(*Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. VII. 1850.)

31. *De la syncope des enfants à la mamelle.*

(*Archives générales de médecine*, 1853.)

En publiant ce travail, j'ai eu pour but d'appeler l'attention sur une cause de mort subite peu connue chez les enfants à la mamelle ; en recherchant les causes de cet accident grave, j'ai démontré qu'il se liait le plus habituellement à des troubles intestinaux et plus spécialement à la diarrhée.

32. *Un mot sur les prodromes du choléra.*

(*Union médicale*, 1865.)

En publiant cette note, j'ai voulu appeler l'attention sur la nécessité de considérer la diarrhée dite prémonitoire, comme une affection de nature essentiellement cholérique, constituant un premier degré ou la première période du choléra, devant, par conséquent, passer par des phases successives d'invasion d'état et de crise comme la maladie confirmée, pour que les malades soient à l'abri des rechutes.

33. *Compte rendu des cholériques entrés dans le service spécial à la Pitié, du 17 juillet au 21 août 1866 exclusivement.*

Union médicale numéros 1er, 2 et 8 novembre 1866.

34. *Observation de pellagre.*

(*Bulletin des hôpitaux*, août 1849.)

35. *Deux observations de pellagre.*

(*Bulletin des hôpitaux*, novembre 1850.)

Le travail récent de M. Roussel a définitivement démontré que c'étaient des pseudo-pellagres.

36. *Observation de ramollissement du pédoncule cérébral gauche avec lésion du nerf moteur oculaire commun.*

(*Union médicale*, septembre 1863.)

37. *Deux observations d'accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu.*

(*Bulletin des hôpitaux*, août 1857.)

La première est relative à des accidents cérébraux aigus terminés par la guérison.

La seconde, celle d'une hydrocéphale à marche chronique développée chez un jeune garçon de seize ans, cinq jours après la disparition des symptômes généraux et locaux d'un rhumatisme aigu de moyenne intensité, fait dont je ne connais pas d'exemple.

38. *De l'influence de l'âge sur la marche et les terminaisons des phlegmasies aiguës.*

(Thèse pour l'aggrégation soutenue en juin 1838.)

39. *Du rôle de la chimie en médecine:*

(*Union médicale*.)

40. Travail publié en 1860, dans lequel je cherche à démontrer qu'il existe dans les corps organisés vivants des forces qui ne peuvent jusqu'ici

être réduites à celles de la matière inorganique. En admettant les forces vitales, les médecins ne font qu'obéir à la philosophie des sciences; ils imitent les physiciens et les chimistes qui reconnaissent autant de forces qu'il y a d'ordres distincts de phénomènes; les forces vitales ne suppriment pas les forces de la matière inorganique, élément de l'organisation, mais elles les utilisent pour un but déterminé. En conséquence, les phénomènes de la vie à l'état physiologique et pathologique, l'action des médicaments doivent être étudiés directement et non déduits des lois connues de la physique et de la chimie.

41. *Considérations sur la lésion et la maladie.*

(*Union médicale*, 1863.)

J'ai cherché à établir la différence qui existe entre l'impression vitale, origine de la maladie, et ses symptômes. Chaque organe, chaque tissu, chaque liquide vivant réagissant en vertu des propriétés et des fonctions qui lui sont dévolues, la vie de nutrition manifeste sa souffrance par des altérations de nutrition. La lésion n'est que la manifestation organique des maladies, de sorte que tout en accordant à l'anatomie pathologique une importance capitale dans leur étude, je ne pense pas que tout doive lui être subordonné.

42. Je ne fais que mentionner un mémoire sur l'hystérie, présenté à l'Académie pour le prix Civrieux, ce travail n'ayant pas été publié.

Paris — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.